

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patiëntenverklaring Europese Zorgverzekering

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

van een persoon die verzekerd is in een ander land van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland en een Europese gezondheidskaart (EHIC-pas) of een voorlopig vervangend ziekteverzekeringsbewijs overlegt.

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. s.v.p. volledig en leesbaar invullen

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Ik ben van plan om t/m in Duitsland te verblijven.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Ik bevestig dat ik niet speciaal voor de behandeling naar Duitsland ben gereisd.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
 Bemiddelende Duitse zorgverzekering

Name, Vorname des Patienten
 Naam, voornaam van de patiënt

Geschlecht
 Geslacht

weiblich / vrouwelijk männlich / mannelijk

Anschrift im Heimatstaat
 Adres in land van oorsprong

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Land / Land

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
 Tijdelijk verblijfadres in Duitsland

c/o (Hotel, Familie etc.) / p.a. (hotel, familie etc.)

oder of Durchreise / doorreis

Straße, Hausnummer / Straat, huisnummer

PLZ, Ort / Postcode, plaats

Tel.-Nr./E-Mail / Tel.nr./e-mail

Identität nachgewiesen durch
 Identiteit aangetoond door

Reisepass / paspoort

Personalausweis / identiteitskaart

Nr. _____
 nr. _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 Ik bevestig dat deze gegevens correct zijn

Datum / Datum

Unterschrift des Patienten
 Handtekening van de patiënt

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.